UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 40

SUR UN CAS

DE

CANCER DU CHOLÉDOQUE

A FORME CLINIQUE D'OBSTRUCTION CALCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1922

PAR

M. SIVIEUDE

Né à Montluçon, le 10 mars 1889
Ancien externe des Hôpitaux de Marseille
Décoré de la Croix de Guerre

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
Imprimerie FIRMIN et MONTANE
Quai du Verdanson et 3, rue Ferdinand-Fabre

1922

SUR UN CAS
DE CANCER DU CHOLÉDOQUE
A FORME CLINIQUE D'OBSTRUCTION CALCULEUSE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 40

SUR UN CAS

DE

CANCER DU CHOLÉDOQUE

A FORME CLINIQUE D'OBSTRUCTION CALCULEUSE

*

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

M. SIVIEUDE

Né à Montluçon, le 10 mars 1889

Ancien externe des Hôpitaux de Marseille

Décoré de la Croix de Guerre

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
Imprimerie FIRMIN et MONTANE
Quai du Verdanson et 3, rue Ferdinand-Fabre

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
		TEDENAT.
Clinique chirurgicale		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES.
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, prof., *président*.	RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MA FEMME

M. SIVIEUDE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

En témoignage reconnaissant de sa
précieuse collaboration.

M. SIVIEUDE.

A LA MÉMOIRE

DE NOS AMIS ET DE NOS CAMARADES

MORTS GLORIEUSEMENT POUR LA PATRIE

M. SIVIEUDE.

SUR UN CAS

DE CANCER DU CHOLÉDOQUE

A FORME CLINIQUE D'OBSTRUCTION CALCULEUSE

INTRODUCTION

L'appareil symptomatique des tumeurs des voies biliaires principales, manque certainement à l'heure actuelle de signe net qui permette de les différencier et dans les cas où le tableau clinique paraît répondre d'une façon complète à la symptomatologie considérée comme classique, c'est toujours avec réserve que le chirurgien porte son action dans la région de l'hypocondre droit.

Des diverses localisations des néoplasmes des voies biliaires, le cancer du cholédoque est celui qui présente le moins de précision clinique. Et quand le chirurgien est arrivé à la notion d'une obstruction des voies biliaires principales par un néoplasme, il lui est très difficile d'en déterminer le siège exact: entre le cancer du cholédoque, le cancer de l'ampoule de Water, le cancer de la tête du pancréas, toutes les hypothèses sont permises.

D'ailleurs loin de chercher la localisation exacte de cette obstruction néoplasique souvent impossible à diagnostiquer, les efforts actuels depuis le Congrès de chi-

rurgi de 1900 tendent à parfaire la technique opératoire et à chercher des résultats thérapeutiques qui, jusqu'à maintenant, n'ont pas répondu aux tentatives osées des divers opérateurs.

Au contraire, la chirurgie des voies biliaires rend de gros services quand il s'agit de manifestations lithiasiques: ici les perfectionnements de technique, les résultats obtenus ont si parfaitement répondu à l'effort tenté depuis ces vingt dernières années, qu'on peut les opposer, tellement le contraste est frappant, aux médiocres secours que la chirurgie offre au cancer des voies biliaires.

Aussi, en présence d'un malade réalisant le syndrome d'obstruction cholédocienne, le diagnostic *utile* se borne-t-il à rechercher le calcul ou le néoplasme. De lui dépendront le pronostic et les espoirs que l'on peut fonder sur l'intervention.

Ce diagnostic est lui-même parfois hérissé de difficultés. Si dans beaucoup de cas l'âge du malade, les atteintes antérieures, et surtout la marche et les caractères de l'ictère sont de précieux auxiliaires pour la recherche de la cause de la rétention biliaire, il en est d'autres où ces notions sont moins nettes et le doute persistera. Il est enfin des observations de cancer du cholédoque présentant le tableau clinique complet des accidents liés à la migration du calcul. C'est une d'elles que nous présentons dans ce travail.

La très belle observation qui est à sa base, concerne un malade du service de M. le professeur Forgue. Elle réunit le tableau clinique absolu du calcul du cholédoque, rien n'y manque et cependant il s'agissait d'un cancer de la portion rétro-duodénale.

Nous prions, Monsieur le professeur Forgue, de bien vouloir accepter nos remerciements respectueux: il nous

a confié l'observation et nous en a permis la première publication.

Notre intention est, après l'avoir exposée, aussi complètement que possible, de reprendre un à un chaque élément de diagnostic qu'elle comporte et d'en étudier la valeur. Nous les discuterons ensuite dans chaque affection qui pouvaient les réaliser (calcul du cholédoque, cancer, cancer de la tête du pancréas), en nous étendant sur la valeur du signe décrit par Courvoisier et Terrier, qui a été très discuté et nous terminerons par quelques considérations de thérapeutique.

Notre but n'est donc pas de reprendre une étude complète du cancer du cholédoque, mais d'étudier un cas, dans les conditions où il s'est présenté au chirurgien. Notre travail est donc un travail de clinique.

OBSERVATION

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Forgue)

E. F..., 37 ans, entre le 15 juin 1921, dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 4, pour ictère et crises douloureuses de l'hypocondre droit.

C'est un homme de haute stature, fort, bien musclé, non amaigri. Il n'a jamais été malade, sauf, depuis quelques années, des signes d'ailleurs inconstants et peu accusés de gastro-entérite, mais n'avait jamais gardé le lit un jour. Il a d'ailleurs trois enfants bien portants.

Le 12 mai, brusquement, apparaissent des douleurs très violentes dès le début, dans les deux hypocondres, venant se terminer dans le creux épigastrique et présentant des irradiations ascendantes dans le thorax, des deux côtés. Pas d'irradiation spéciale vers l'épaule droite. Ces douleurs procédaient par crises avec alternatives de paroxysme et de calme. Elles ne sont aucunement influencées par l'ingestion d'aliments, ne sont pas liées plus ou moins aux repas. Pas de vomissements. Pas de modifications du teint au cours de cette première atteinte. Pas de modifications des urines. Constipation, mais les selles n'ont rien de particulier. Cet état persiste jusqu'au 27 mai, avec des périodes de douleurs très violentes et des périodes de calme pendant lesquelles l'hypocondre droit reste endo-

lori. Dans les derniers jours de cette première période les douleurs paraissent se localiser dans l'hypocondre gauche.

Le 28 mai apparaît un symptôme nouveau, l'ictère. Le début est brusque. Les matières sont franchement décolorées et l'ictère est foncé d'emblée. Urines très foncées. Ce phénomène nouveau coïncide avec le début d'une nouvelle crise douloureuse et un changement de siège des douleurs. Celles-ci sont plus internes. Au lieu d'occuper l'hypocondre droit sans localisation bien précise, elles occupent un point exquis siégeant sur le bord externe du grand droit à deux centimètres du rebord costal et s'irradient dans la région épigastrique et ombilicale. En même temps irradiations dans l'épaule droite. Les douleurs surviennent par crises durant trois ou quatre heures. Entre les crises, la région reste endolorie. Pas de température pendant les crises.

L'ictère subit des variations d'intensité très nettes constatées par l'entourage du malade et coïncidant avec l'apparition des crises douloureuses pendant lesquelles il est plus foncé.

A son entrée, dans le service de M. le professeur Forgue, le 15 juin, le malade souffre peu, l'ictère est peu accusé, seules les conjonctives conservent la teinte encore ntte, les selles sont spontanées chaque deux jours, les matières colorées, ne vomit pas, se nourrit avec du lait.

Cependant, il conserve la région de l'hypocondre droit endolorie et tendue. On constate, malgré la difficulté d'exploration due à la défense de la paroi : un foie gros dépassant les fausses côtes de deux travers de doigt au-dessous une tuméfaction douloureuse peu nette, difficile à délimiter, que M. le professeur Forgue pense être la vésicule dilatée et en dedans et au-dessous, dans une zone qui cor-

respond à la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard un point paraissant plus douloureux que les autres et qu'il est impossible d'explorer profondément.

Rien aux autres appareils.

Azotémie : 0 gr. 46.

Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire contient des traces de pigments biliaires.

Urine : 1.200 grammes en vingt-quatre heures.

Densité 1018 ; réaction acide.

Urée : 23 gr. 7 par litre.

Chlorures : 3 grammes.

Pigments biliaires abondants ; pas de glucose ; traces d'albumine.

Le 19 juin, début d'une nouvelle crise, celle-ci très intense. Souffre continuellement dans la région de l'hypocondre droit. L'ictère se fonce aussitôt, arrêt des selles, mais urines presque noires. Apparition de vomissements muqueux, sans coloration. Pouls à 110. Pas de température.

La région vésiculaire est très douloureuse, tendue et inexplorable. Pas de sédation de la douleur malgré les essais d'applications de glace d'abord, de compresses chaudes ensuite. La crise dure ainsi jusqu'au 22 au soir. Malade déprimé.

Le 23 (matin), l'ictère a diminué d'intensité, seules les conjonctives restent colorées. Mais le facies est pâle, blafard, les yeux sont très excavés ; il conserve un facies péritonéal. Le pouls est à 108, un peu petit. Localement, on constate une défense musculaire très intense, s'étendant dans tout l'hypocondre droit, descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'horizontale ombilicale.

M. le professeur Forgue décide d'intervenir immédiatement.

Intervention. — Sous rachianesthésie à la syncaïne, 0 gr. 12, parfaite, sans vomissements, quelques nausées seulement à la quinzième minute.

Incision de Kehr. La vésicule surgit littéralement de l'incision et on ne peut mieux la comparer qu'à une aubergine mûre. Elle est distendue au maximum par une bile très foncée, vert olive, épaisse, visqueuse, difficile à aspirer: on en retire près d'un quart de litre avec l'aspirateur.

Une pince à cadre est placée sur le lieu de ponction et on dirige l'exploration vers la région du confluent cystique. Pour y arriver, il faut décoller les adhérences molles, résultant de la poussée de péricholécystite qui fixent l'épiploon, l'angle hépatique du côlon et le duodénum. On arrive ainsi en éversant le foie et en tirant sur la vésicule à la région du confluent hépatocystique : là aucun calcul n'est palpable, aucune induration suspecte mais l'hépatique et le commencement du cystique sont très dilatés.

Il est clair que l'obstacle siège plus bas. Pour y accéder on pratique le décollement du duodénum pendant qu'un aide écarte le duodénum au moyen d'un écarteur protégé d'une compresse, le péritoine est incisé le long de son bord droit: méthodiquement il est décollé et déplacé en dedans. On descend ainsi très bas et toute la région peut être explorée. Tout en bas, on perçoit en arrière et sur le bord gauche de la veine cave inférieure, à bout de doigt, un ganglion prévertébral de la grosseur d'une petite amande. Dès lors, il est manifeste qu'il y a déjà de la généralisation et qu'une opération radicale sera impossible.

On explore la région rétro-duodénale du cholédoque. A ce niveau, on constate une rétrodilatation considérable du canal cholédoque, au-dessus d'une nodosité, dure, irrégu-

lière, blanchâtre, adhérente à la face postérieure du duodénum et occupant la région voisine de l'abouchement cholédocoduodénal. Avec la sonde coudée de Nélaton, on essaie de séparer cette nodosité dans l'espoir de faire une anastomose cholédoco-duodénale, après excision. Mais, après avoir libéré la tumeur sur une longueur d'a peu près 12 millimètres, il faut y renoncer. Elle fait partie de la paroi même du duodénum et il faudrait réséquer cette paroi, ce qui paraît irréalisable et d'ailleurs inutile en raison de la généralisation ganglionnaire signalée plus haut.

On se borne donc à établir une cholécystentérostomie : la vésicule a été assez libérée pour avoir une très grande mobilité et c'est sur son pôle supérieur que l'orifice de communication, large de 2 centimètres et demi est placé. L'anse jéjunale primitive est repérée à 14 ou 15 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal c'est-à-dire en laissant une boucle assez longue pour qu'elle n'exerce aucun étranglement sur le côlon. On réalise ainsi une très bonne anastomose à quatre plans de suture.

Décès par shock à la quarante-huitième heure

ETUDE DE L'OBSERVATION
VALEUR DE CHAQUE SYMPTOME

Cette observation mérite une étude approfondie dans tous ses détails cliniques. Pour en retirer un enseignement nous allons d'abord reprendre chaque symptôme, et rétrospectivement, en connaissance de cause, établir leur réelle valeur. Dans un second chapitre, nous ferons la synthèse de ce tableau clinique, nous mettant à la place du chirurgien en présence d'un tel malade et nous discuterons les diagnostics qu'une telle symptomatologie doit susciter.

Il s'agit donc d'une affection à allure en apparence rapide, puisque le début clinique remonte au 12 mai, c'est-à-dire un mois et demi avant l'intervention. Elle est survenue chez un homme jeune, 37 ans, en pleine santé et de constitution robuste.

Les principaux éléments en sont des crisès douloureuses dans l'hypocondre droit avec irradiations ascendantes et la présence d'ictère à début brusque et d'intensité variable. Les variations de cette intensité coïncident avec l'apparition de la disparition des paroxysmes douloureux.

Les crises ont, à n'en pas douter, leur point de départ dans les voies biliaires. Si, au début, au cours de la première période cette localisation pouvait prêter à hésita-

tion, dans la suite, à cause de l'apparition brusque de l'ictère, de son point essentiellement douloureux en pleine zone de Chauffard, le doute n'était plus permis.

En dehors de la présence de l'ictère, qui est le point le plus intéressant, sur lequel nous allons insister, nous relevons quelques variations dans les caractères de ces paroxysmes douloureux : au début et au cours de la première période, le siège est imprécis : tout l'hypocondre et les deux flancs sont le siège de douleurs s'irradiant dans la région épigastrique, réalisant ainsi un syndrome de douleurs en ceinture à la base du thorax. A ce moment seul le symptôme douleur existe et, d'après l'interrogatoire rétrospectif, on ne note rien de particulier, sinon des irradiations ascendantes. Mais la notion ultérieure de l'atteinte des voies biliaires permet de supposer qu'à ce stade de début il s'agissait d'un syndrome particulier que Gilbert a décrit sous le nom de *colique vésiculaire* manifestant les efforts des parois de la vésicule pour éliminer les calculs, sans y arriver. Les crises paroxystiques, l'état de mal biliaire qui a duré quinze jours au cours de la première période, l'absence d'ictère en sont les caractères particuliers. Il y manque cependant la présence du cholécyste, que nous ne pouvons vérifier, faute de renseignements médicaux à cette époque.

Plus tard, les crises douloureuses changent de siège et augmentent d'intensité. Elles se localisent dans la région sous-hépatique antérieure, avec un point précis dans la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard. A ce moment, ce sont nettement les voies biliaires principales qui sont le centre d'irradiations, d'irradiations ascendantes suivant la règle, et l'apparition de l'ictère vient le confirmer.

L'ictère est certainement l'élément symptomatique le

plus important. Absent dans la première période, il apparaît au cours de la seconde crise paroxystique pour ne plus disparaître. Fait important, son début s'est fait brusquement et d'emblée il est foncé. Avec lui s'installent tous les signes habituels de rétention biliaire, la décoloration des matières, les urines très foncées. Il est logique de penser que cette période correspond à un déplacement de l'obstacle, jusque là à siège vésiculaire. Il paraît traduire la migration d'un calcul qui s'enclave dans le cholédoque et y restera jusqu'à la fin.

Ce fait paraît d'autant plus probable que le siège du point douloureux maximum change : il se trouve dans la zone de Chauffard, alors qu'au cours de la première période il restait franchement latéral.

Enfin, dans la suite, l'intensité de la coloration est variable. Elle correspond aux crises douloureuses, foncée en périodes de crise, il tend à disparaître la crise calmée ; seules les conjonctives conservent la coloration. Ces variations ont été constatées dans le service de M. le professeur Forgue.

L'examen de la région des voies biliaires est rendu difficile par l'état de défense dans lequel se trouve la paroi. Même en dehors des périodes de fortes crises, le grand droit est tendu et empêche toute exploration. Il faut noter, à ce propos, que, dès le début, cette contracture ne paraît pas devoir être imputée à des lésions inflammatoires du péritoine : en effet, sauf à la fin, ni vomissements, ni température ne sont venus attester cette atteinte. Ce n'est qu'au cours de la dernière crise paroxystique que les vomissements apparaissent. Mais, malgré la difficulté d'exploration, on perçoit une vésicule dilatée, dont le fond tendu et volumineux est senti sous le bord hépatique.

C'est là un signe important que nous discuterons au prochain chapitre.

Enfin, un point douloureux exquis dans cette zone douloureuse mettait la vésicule hors de cause et localisait le siège de la lésion causale au point pancréatique de Desjardins, en pleine zone de Chauffard.

Nous voilà donc en présence d'un syndrome d'obstruction du cholédoque. Peut-on aller plus avant dans le diagnostic et en rechercher la cause?

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC
LA LOI DE COURVOISIER ET TERRIER

En présence d'un syndrome d'obstruction du cholédoque, deux causes surtout doivent être recherchées : le néoplasme et la lithiase. Nous laissons volontairement de côté la pancréatique chronique qu'il est presque toujours impossible de différencier du cancer de la tête du pancréas.

Le néoplasme, quel qu'en soit le siège (cholédoque, ampoule de Water ou cancer de la tête du pancréas) présente en général un tableau clinique assez différencié pour qu'on puisse l'opposer à la lithiase du cholédoque. Celle-ci en effet se présente avec des caractères que nous retrouvons dans l'histoire clinique de notre malade.

La notion de l'âge et du terrain sont en faveur de la lithiase et chez lui ces deux points paraissaient n'éveiller aucun doute.

La douleur est un symptôme capital : elle ouvre en général la scène, siégeant dans l'hypocondre droit avec des irradiations ascendantes. Elle se présente sous forme de crises à rémission lente, et entre elles persiste un endolorissement de la région.

L'ictère est le second signe important au point de vue du diagnostic. Il est d'emblée très accusé, et son caractère essentiel est d'être sujet à des variations fréquentes.

Sous l'influence de l'accumulation de la bile, en amont de l'obstacle, les parois se distendent, le passage de la bile est alors possible entre le calcul et les parois du canal. Mais alors intervient un autre facteur bien mis en lumière par Penger (1) : le calibre du cholédoque diminue progressivement à mesure qu'on approche de l'ampoule. Lorsqu'un calcul s'est enclavé en un point du canal que ses dimensions ne lui permettent pas de franchir, la pression de la bile accumulée en amont de l'obstacle va provoquer une distension progressive des parois du canal de sorte que le calcul prendra un certain jeu, ce qui lui permettra de descendre jusqu'à ce qu'il s'enclave de nouveau, déterminant une nouvelle occlusion complète temporaire par un véritable mécanisme de soupape (ball valve gallstone). Ces fluctuations dans l'intensité de l'ictère sont un des caractères les plus constants, trouve-t-on écrit partout.

« Cette intermittence de l'ictère, lorsqu'elle se manifeste par des poussées nombreuses, rapides et surtout lorsqu'elle coïncide avec des crises douloureuses paroxystiques et avec accès de fièvre, peut être considérée comme « *pathognomonique* » de la présence de calcul dans le cholédoque » (Français, thèse de Paris, 1906).

Donc jusqu'ici, l'âge du malade, le terrain, l'histoire clinique devait forcer le diagnostic de calcul du cholédoque. Un seul symptôme y manquait, c'était la notion d'accès de température, accompagnant les crises douloureuses. La température existe presque toujours ; elle reconnaît pour cause des inoculations septiques faites à la faveur du traumatisme du calcul sur le conduit.

---

(1) Penger. — American Journal of med. sciences, 1896, p. 126.

Par opposition à ce syndrome fonctionnel, rien dans la marche des événements ne prenait le caractère du tableau clinique de l'occlusion néoplasique. Le néoplasme évolue en général sans douleur, au moins pendant une longue période et les crises douloureuses, si elles existent, ce qui est une rareté, ne se montrent qu'à la période terminale. Le symptôme dominant est l'existence d'un ictère, s'installant insidieusement, à marche progressive. Il ressemble peu à l'ictère que présente notre malade, d'autant plus qu'il présente chez lui un caractère important qui a beaucoup contribué à faire penser à la lithiase : c'est l'existence de crises douloureuses antérieures sans ictère. Cette notion a une importance capitale et elle seule serait suffisante à résoudre le diagnostic dans des cas difficiles où on hésite entre la lithiase et le cancer.

Enfin le syndrome physique, lui aussi important, doit être étudié dans les deux affections.

S'il est difficile de mettre en évidence les points douloureux (point de Desjardins, point de Vautrin) dans des cas où la région des voies biliaires est contracturée, il faut s'attacher à étudier l'état de la vésicule, qui peut donner des renseignements précis sur la nature de l'obstruction. En 1892 en effet Courvoisier et Terrier ont simultanément attiré l'attention sur la rétraction de la vésicule dans l'obstruction calculeuse et sa distension en cas de néoplasme. Et ces constatations ont été suffisamment vérifiées pour qu'elles puissent être érigées en loi.

Depuis, l'état de la vésicule a été recherché à chaque occasion. Devic, Gallavardin, Bard et Pic, Dieulafoy ont contribué à généraliser cette notion dans le cancer des voies biliaires qu'il sige dans ses parois mêmes ou en dehors (cancer du pancréas) et à faire admettre la distension de la vésicule.

Mocquot, dans son important travail sur la question, en rapportant toutes les recherches, traduit l'opinion généralement admise: si cette règle n'a rien d'absolu, elle s'est si souvent vérifiée, qu'on doit en tenir compte dans le diagnostic. Et pourtant, pour lui, l'état de la vésicule dépend surtout et avant tout du siège de l'obstacle.

Quoi qu'il en soit, dans le cas qui nous intéresse, ce signe était le seul qui soit en concordance avec les idées admises: la vésicule était perceptible, dilatée et tendue.

Ce fait est expliqué par les théories pathogéniques. Dans les états lithiasiques, l'atrophie de la vésicule est la conséquence de l'inflammation chronique à tendances plastiques de ce réservoir. Dans notre cas, l'absence de poussées inflammatoires, a permis aux parois de subir la dilatation sous l'influence du reflux biliaire. Et, dans ce cas difficile, la présence du signe de Courvoisier et Terrier contribue à donner à cette constatation une valeur séméiologique importante.

Malheureusement, en clinique, il est souvent difficile de le mettre en évidence: le volume du foie et la contracture douloureuse du grand droit de l'abdomen entourent sa recherche de réelles difficultés.

En somme, si nous établissons le bilan des signes positifs et négatifs, nous serons conduits à cette conclusion, que notre malade présentait un tableau clinique de calcul du cholédoque.

Trois signes seulement manquaient:

La présence de crises douloureuses antérieures, de longue date avant la maladie actuelle et cependant la première crise avait tous les caractères de la colique vésiculaire de Gilbert;

Les phénomènes fébriles au cours des crises;

Le signe de Courvoisier-Terrier négatif.

En dehors de ces détails, toute l'histoire de la maladie, l'âge, l'état général, donnaient à ce cancer du cholédoque le cachet clinique de l'obstruction lithiasique.

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Nous voudrions en terminant exposer quelques considérations au point de vue de l'intervention dans ces formes rapides de cancer du cholédoque.

Des cas publiés isolément, de la statistique de Terrier et Auvray dans la *Revue de Chirurgie*, des divers rapports touchant la question au Congrès de chirurgie de 1900, il ressort qu'en présence du cancer des voies biliaires principales, les opérations radicales ne donnent pas de survie post-opératoire.

Quelle intervention idéale était-il anatomiquement logique de tenter dans le cas qui nous occupe? M. le professeur Forgue, après avoir libéré la tumeur sur une longueur de 12 millimètres, s'est rendu compte qu'il aurait fallu réséquer largement la paroi duodénale infiltrée, avec une longue portion du cholédoque, pour pratiquer ensuite une anastomose bilio-intestinale. C'est irréalisable et inutile en raison de la généralisation ganglionnaire constatée. Trois fois cette opération a été tentée dans des cas moins avancés, elle a donné trois morts.

Quant aux opérations palliatives, elles n'ont pas donné de résultats plus encourageants. La conduite tenue dans le cas présent est la seule qui aurait pu prolonger la vie du malade de quelques mois et même la cholécystoentérostomie donne une mortalité de 82 p. 100. Mais est-on

sûr que les cas de survie ne répondent pas à des lésions inflammatoires pures? Le résultat définitif ne peut jamais être bon puisqu'on se contente de contourner l'obstacle et que la lésion néoplasique persiste.

Quoi qu'il en soit, une notion persiste, que nous avons souvent entendue énoncée par M. le professeur Forgue: c'est le peu de résistance à l'intervention des sujets présentant depuis longtemps un ictère chronique. Chez eux, la rétention biliaire a altéré la cellule hépatique à tel point qu'elle est au-dessous de ses fonctions au moindre trouble. Or, on sait quel rôle primordial joue le foie au cours de l'élimination de l'anesthésique.

Cette susceptibilité se retrouve non seulement chez les malades cachectisés par la présence d'un néoplasme, mais aussi chez des ictériques par calcul. Chez eux, bien que la résistance soit plus grande que chez le cancéreux, l'altération de la fonction hépatique doit être prise en sérieuse considération pour établir le pronostic opératoire. Et la notion importante réside dans l'ancienneté de l'ictère. Après deux mois, en général, d'ictère chronique, il faut manifester de grandes réserves à l'endroit du shock de l'anesthésie.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une forme clinique de cancer du cholédoque qui simule à s'y méprendre, l'obstruction de ce conduit de nature lithiasique : on y trouve des douleurs à caractères paroxystiques liées à un ictère à début brusque, franc d'emblée et présentant des variations d'intensité.

II. — En présence d'un ictère chronique par obstruction des voies biliaires, il est impossible par l'étude clinique seule, d'affirmer la nature de l'agent de rétention biliaire.

III. — L'intermittence de l'ictère coïncidant avec des crises douloureuses paroxystiques, de même que son début brusque ne peuvent pas être considérés comme pathognomoniques de la présence de calcul dans le cholédoque.

IV. — Il faut tenir compte de la présence de poussées fébriles accompagnant les crises, du signe de Courvoisier et Terrier, qui lorsqu'il peut être mis en évidence mérite considération. Ces deux symptômes plaident en faveur de la lithiase. Ils sont la manifestation d'altérations inflammatoires précédant ou accompagnant les obstructions par calcul.

V. — Les résultats immédiats ou éloignés des interventions pour cancer du cholédoque sont mauvais; les premiers tiennent des altérations de la cellule hépatique rapidement provoquées par la rétention biliaire; les seconds sont dus à l'impossibilité d'une résection suffisante et d'une reconstitution anatomique convenable. Les opérations palliatives ne donnent pas de longues survies.

BIBLIOGRAPHIE

Bazy. — Des conditions de la rétraction et de la dilatation de la vésicule biliaire. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie,* 1906, p. 390.

Chauffard. — La lithiase du cholédoque. *Semaine médicale,* 10 janvier 1906.

Cotte. — Traitement chirurgical du cancer des voies biliaires. *Revue de Chirurgie,* 1909.

Courvoisier. — *Chirurgie der Gallenwege,* Leipzig, 1890.

Denucé. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Th. agrégation, 1886.

Durand-Fardel. — *Presse Médicale,* 1896, p. 285.

Français. — Etude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque. Thèse de Paris, 1906, n. 312.

Hartmann. — *Société de Chirurgie,* 1903.

Lapointe et Raymond. — Du cancer du canal hépatique et du confluent hépato-cholédoco-cystique. *Archives générales chirurgie,* mars-avril 1908.

Le Lionnais. — Considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire. Thèse Paris, 1896.

Mocquot. — L'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires. Thèse Paris, 1909.

Quénu. — Cancer des conduits biliaires. *Revue de Chirurgie,* 1909.

Rendu. — Société médicale des hôpitaux, Paris, mai 1896.

Schwartz. — Chirurgie du foie. Bibliothèque de chirurgie contemporaine. Doin, 1901.

Terrier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 et 28 décembre 1892.

— et Auvray. — Tumeurs des voies biliaires. *Revue de Chirurgie*, 1900.

XXI^e Congrès français de Chirurgie, Paris, 1900.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Sur un cas de Cancer de Cholédoque

Par M. SIVIEUDE

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 4 mars 1922.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 4 mars 1922.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 4 mars 1922

Le Recteur,

Jules COULET.